

Un monde meilleur asbl
rue de l'alliance 16 • 1210 bruxelles
unmondemeilleur@skynet.be
www.unmondemeilleur.be

patrick gerardy 0474 77 77 70
brigitte delvaux
umm.bdelvaux@gmail.com

BIC GEBABEBB
IBAN BE03 0015 4840 0084

FICHE SANTE

A remettre sous enveloppe fermée au responsable de l'institution ou au responsable d'un monde meilleur.

Cette fiche a pour objectif d'être au plus près de nos invités en cas de nécessité. Elle sera un appui pour les responsables d'un monde meilleur. Il est essentiel que les renseignements que vous fournissez soient complets, corrects et à jour au moment des activités concernées. N'hésitez pas à ajouter des informations écrites ou orales auprès du responsable si cela vous semble utile.

1

Ces données sont confidentielles et seront confiées à l'infirmière ou à l'éducateur principal qui accompagne le groupe.

IDENTITE DE L'INVITE

Mr Mme Mlle

NOM (de jeune fille) :

PRENOM :

Né(e) le :

Institution (nom du home, Résidence) :

rue/av./bd. :

Téléphone fixe :

CP :

GSM :

Localité :

Personne à prévenir en cas de nécessité :

Nom :

Téléphone fixe :

Lien de parenté :

Prénom :

GSM :

Pour les invités en institution :

merci de spécifier le nom de l'accompagnant (éducateur ou autre) :

Nom :

Prénom :

Médecin traitant :

Nom :

Adresse :

Téléphone fixe :

Prénom :

GSM :

du temps pour un sourire...

INFORMATIONS CONFIDENTIELLES CONCERNANT LA SANTE DU PARTICIPANT

Le participant peut-il prendre part aux activités proposées ?

	Oui	Non		Oui	Non
Cirque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Attractions foraines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Natation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sports	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cinéma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Y a-t-il des données médicales spécifiques importantes à connaître pour le bon déroulement de l'activité? (ex. : problèmes cardiaques, épilepsie, asthme, diabète, mal des transports, rhumatisme, somnambulisme, affections cutanées, handicap moteur ou mental...) Indiquez la fréquence, la gravité et les actions à mettre en œuvre pour les éviter et/ou y réagir.

2

.....

.....

Le participant est-il en ordre de vaccination contre le tétanos ?

Oui **Non** Date du dernier rappel :

Le participant est-il allergique à certaines substances, aliments ou médicaments ?

Oui **Non** Si **oui**, lesquels ? :

Quelles en sont les conséquences ?

.....

Le participant a-t-il un régime alimentaire particulier ?

Oui **Non** Si **oui**, lesquels ? :

Régime à suivre pendant le séjour		Mode de préparation des repas		Intolérance alimentaire	
Normal	<input type="checkbox"/>	Normal	<input type="checkbox"/>		
Diabétique	<input type="checkbox"/>	Coupé	<input type="checkbox"/>		
Sans sel	<input type="checkbox"/>	Haché (type viande hachée)	<input type="checkbox"/>		
		Mixé (type purée)	<input type="checkbox"/>		
Troubles de la déglutition OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> au liquide <input type="checkbox"/> au solide <input type="checkbox"/>					

A REMPLIR PAR LE PATIENT OU LA PERSONNE QUI ASSURE LA PRISE EN CHARGE QUOTIDIENNE

Autonomie du patient	Oui	Non	Surveillance	Aide partielle	Aide complète
Aide pour se laver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide pour s'habiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide pour s'alimenter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide pour se déplacer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me déplace en J'utilise :	chaise roulante mécanique <input type="checkbox"/>		en fauteuil électrique <input type="checkbox"/>		
	une canne <input type="checkbox"/>		un rollator <input type="checkbox"/>		autre <input type="checkbox"/>
Aide aux toilettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incontinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Protection de jour <input type="checkbox"/> Protection de nuit <input type="checkbox"/> Anus artificiel <input type="checkbox"/> Sonde vésicale <input type="checkbox"/>					
Il est impératif que chacun emporte sa propre réserve de protections ou de matériel pour toute la durée du séjour.					
Aide au coucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4

Soins à donner pendant le séjour

Plaies (site) :

Pansements (type + fréquences + produits) :

Autres soins spécifiques (préciser) :

!!! Prévoir le matériel nécessaire pour la durée du séjour !!!

Les responsables d'un monde meilleur disposent d'une boîte de premiers soins. Dans le cas de situations ponctuelles ou dans l'attente de l'arrivée du médecin, ils peuvent administrer les médicaments cités ci-dessous et ce à bon escient: *paracétamol, lopéramide (plus de 6 ans), crème à l'arnica, crème Euceta® ou Calendeel®, désinfectant (Cédium® ou Isobétadine®), Flamigel®.*

« Je marque mon accord pour que la prise en charge ou les décisions estimées nécessaires soient entreprises durant le séjour par le responsable d'un monde meilleur ou par le service médical qui sera consulté. J'autorise le médecin local à prendre les décisions qu'il juge urgentes et indispensables pour assurer l'état de santé, même s'il s'agit d'une intervention chirurgicale »

Si aucune modification n'est transmise par l'institution ou l'invité, la fiche santé reste valable pour une durée de 2 ans.

Date et signature *

Les informations contenues dans la fiche santé sont confidentielles. Les responsables d'un monde meilleur à qui ces informations sont confiées sont tenus de respecter la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée ainsi qu'à la loi du 19 juillet 2006 modifiant celle du 3 juillet 2005 relative aux droits des volontaires (notion de secret professionnel stipulée dans l'article 458 du Code pénal). Les informations communiquées ici ne peuvent donc être divulguées si ce n'est au médecin ou tout autre personnel soignant consulté. Conformément à la loi sur le traitement des données personnelles, vous pouvez les consulter et les modifier à tout moment. Ces données seront détruites deux ans après le séjour si aucun dossier n'est ouvert.

* Pour les mineurs d'âge, signature du parent ou du responsable de l'institution.